

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR UNA SOLICITUD PARA  
EL PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DE NIÑOS (CMS)**

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. Un padre o representante legal debe completar el formulario para el niño(a) o dependiente menor de 22 años de edad.
2. Los solicitantes entre edades de 18 y 21 años, que no son reclamados como “dependientes” por sus padres, deben de completar la solicitud ellos mismos.
  - a. En la Sección 4: INGRESOS Y GASTOS FAMILIARES, el solicitante deberá tachar “Madre” y escribir “Yo”. El solicitante debe completar su propia información de ingresos en espacios proveídos.
  - b. Si el solicitante está casado, deberá registrar la información del “Cónyuge” en los espacios de ingresos para el “Padre”. Tachar “Padre” y escriba “Cónyuge”.
3. Un padre, representante legal, o el solicitante (si tiene entre 18 y 21 años de edad y es capaz) debe firmar y fechar la última página de la solicitud.
4. **Asegúrese de completar todas las preguntas y escribir con claridad.** El programa de CMS no podrá decidir si un solicitante puede obtener ayuda del programa, si falta información.
5. Usted puede pedirle a alguien que le ayude a completar el formulario. El personal del Departamento de Salud local o del Hospital puede ayudarle. También puede llamar a la Oficina de Genética y Personas con Necesidades Especiales de Atención de Salud al 1-(800)-638-8864 para obtener ayuda.
6. Enviar la solicitud completa a la oficina de Servicios Médicos de Niños (Children’s Medical Services), junto con **todos** los documentos que se enumeran a continuación. La solicitud original debe enviarse por correo a la dirección indicada a continuación.

**No se Aceptarán Faxes o Copias de las Solicitudes**

**Envíe por correo la solicitud y documentos a:**

**Children’s Medical Services  
Maryland Department of Health  
201 West Preston Street, Room 423A  
Baltimore, MD 21201-2399**

**\*DOCUMENTOS QUE DEBE ENVIAR CON LA SOLICITUD**

**Las cartas notariadas deben ser originales; ¡el Programa de CMS no aceptará copias!**

- I. **Prueba de identidad.** Identificación con Foto Requerida. Se requieren ID’s **para** cada padre/representante legal y solicitante. Pruebas validas incluyen:
  - **Licencia de Conducir Vigente y con dirección actual o con tarjeta de cambio de dirección adjunta;**
  - **ID de Maryland, emitida por MVA;**
  - **Pasaporte Vigente;**

- Tarjeta de identificación escolar (debe acompañar el acta de nacimiento para comprobar la fecha de nacimiento);
  - Acta de Nacimiento (solo para el solicitante);
  - Tarjeta de identificación de CASA de Maryland;
  - Registro de adopción;
  - Certificado de matrimonio;
  - Documentos de servicio militar.
- II. **Prueba de Residencia en Maryland.** Es necesario comprobar que ambos padres residan en el mismo hogar. Si una factura está solo bajo el nombre de uno de los padres, entonces necesitaremos dos facturas separadas (una bajo el nombre de cada padre).
- Comprobante de utilidades (facturas de agua, luz, gas o cable);
  - Estado de Cuenta Bancaria;
  - Licencia de Conducir Vigente;
  - Contrato de alquiler/arrendamiento o estado hipotecario;
  - Si usted no puede proporcionar comprobante de domicilio con su nombre, por favor presente una carta notariada del propietario, indicando que usted reside en la dirección actual; la carta debe ir acompañada con una de las facturas mencionadas anteriormente con el nombre del propietario.
- III. **Prueba de Asistencia a la Escuela:** Los estudiantes de al menos 5 años de edad y hasta 18 años de edad, deben de estar matriculados y asistiendo a la escuela. Presente la documentación de la escuela que indique el nombre del estudiante y la inscripción del año escolar actual. Los solicitantes mayores a 18 años y matriculados/asistiendo a la Universidad también deben presentar la documentación.
- Copia del reporte de calificaciones del último semestre del año escolar en curso;
  - Copia de la carta de la oficina de la escuela o del registrador, indicando que el solicitante está matriculado y asistiendo a la escuela, debe estar firmado y fechado para el año escolar actual.
- IV. **Comprobante de Ingresos de Empleo:** Es requerido para cada uno de los adultos que trabaje en la familia.
- Colillas de pago demostrando ingresos por valor de un mes:
    - a. Si le pagan cada semana, necesita las últimas cuatro colillas de pago más recientes.
    - b. Si le pagan cada dos semanas (quincenal), necesita las últimas dos colillas de pago más recientes.
  - Si no recibe colillas de pagos y le pagan en efectivo; debe obtener y enviar una carta notariada original, firmada y fechada del empleador o empresa/negocio (si la carta es emitida por una empresa/negocio, debe de estar en un papel oficial membretado de la empresa/negocio), indicando su ocupación; ingreso ganado y la frecuencia del pago (semanal, quincenal o mensual).

- **Si trabaja por su propia cuenta**, usted debe enviar una carta reciente **notariada original, firmada y fechada** (escrita por usted) indicando su ocupación, el ingreso ganado y la frecuencia del pago (semanal, quincenal o mensual).
- **Carta de Apoyo (Voluntariado)** – Si usted recibe apoyo financiero de un miembro de familia, amigo o agencia; Usted debe de enviar una carta reciente **notariada original, firmada y fechada** de la persona que está proveyendo este apoyo financiero, indicando el monto en dólares y con qué frecuencia usted está recibiendo este apoyo (semanal, quincenal o mensual).

V. **Comprobante de Otros Ingresos**: Debe enviar copias de cartas de Adjudicación de Beneficios.

- **Asistencia Temporal en Efectivo (TCA);**
- **Seguro de Desempleo;**
- **Indemnización de los Trabajadores;**
- **Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI);**
- **Pagos de Manutención de menores;**
- **Fondos de Jubilación/Pensiones;**
- **Pagos del seguro de Vida/Fideicomiso;**
- **Beneficios del Seguro Social;**
- **Beneficios de Veterano.**

VI. **Comprobante de Gastos**:

- **Pago de primas del seguro de salud – p. ej.** Colillas de pagos con deducciones de seguro médico o declaración escrita de la compañía de seguros.
- **Otros gastos médicos – p. ej.** Recibos de pagos reales, explicación de beneficios del seguro, declaración de préstamos de una institución financiera.

**Pruebas de Otros Gastos** (si correspondiente). Si el solicitante está cubierto por otro seguro médico, envíe una copia (delantera y trasera) de la tarjeta del seguro médico.

- **Si el solicitante ya no tiene otro seguro médico**, envíe una copia de la declaración de la compañía de seguro indicando que el solicitante ya no está cubierto.
- **Si la compañía de seguro ha negado un servicio médico solicitado**, envíe una copia de la carta de negación de la compañía de seguro médico.

VII. **Comprobante de Elegibilidad Médica**: Documentación fechada dentro de los últimos 6 meses del pediatra y/o especialista que explique el diagnóstico o sospecho de diagnóstico del paciente por enfermedad crónica con tratamiento y seguimiento.

- **Notas de visita del proveedor médico;**
- **Resumen de alta hospitalaria;**
- **Informes de consultas médica.**

**\*PUEDE SER QUE SE LE PIDA INFORMACION ADICIONAL PARA PROCESAR LA APLICACION CON EL PROGRAMA CMS \***